RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/256/2006 **ATAS/603/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 22 juin 2006

En la cause

Madame C_____	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Madame C_____, née le 31 août 1954, divorcée en 1991, mère de deux enfants, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité de coiffeuse, d'un certificat de cafetier et employée de banque, a travaillé en dernier lieu pour l'UBS comme employée de banque.

2. Elle a déposé en date du 12 avril 1999 une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI) en invoquant une "dépression avec effets physiques sur le système digestif et sur le cœur" présente depuis février 1992.

3. Dans un rapport médical daté du 30 avril 1999, son médecin traitant, le Dr Pierre A_____, a indiqué que sa patiente était atteinte d'un état dépressif et anxieux avec troubles somatoformes depuis février 1992. Il a attesté d'une totale incapacité de travail du 10 février au 30 septembre 1992 et du 13 octobre 1997 à une durée indéterminée. Il a expliqué que sa patiente était dépressive depuis 1992, ce qui avait eu pour conséquence un arrêt de travail jusqu'à son licenciement, à la fin du mois d'août 1992. Au chômage, elle a fait une rechute dépressive en 1996 à la suite d'une opération gynécologique (kystectomie de l'ovaire droit). De même, en octobre 1997, à la suite du double pneumothorax de l'un de ses fils, sévère et d'apparition brutale, un état d'angoisse assorti de troubles paniques et de manifestations somatoformes multiples dans la sphère digestive et cardiaque était apparu. Les examens cardiologique et digestif étaient normaux. La patiente souffrait de difficultés de concentration et de mémorisation, elle ressentait un sentiment d'angoisse avec des peurs paniques et des idées dépressives.

4. Le 13 juin 2001, le Dr A_____ a fait état d'une incapacité de travail de 75 à 100%. Il a précisé que l'activité exercée jusqu'alors par l'assurée n'était plus exigible mais qu'en revanche, on pouvait exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité, par exemple un travail de bureau s'effectuant en position assise, à raison de 2 heures et demie par jour environ, et en évitant le stress professionnel tant que faire se peut, avec une diminution de rendement. Il a indiqué que la motivation de la patiente était bonne et que l'absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical était faible. En tant qu'employée de banque ou employée de bureau, elle pourrait selon lui travailler deux heures et demie par jour; en revanche, elle était incapable d'exercer la profession de démonstratrice. Il a ajouté le diagnostic de hystérectomie en mars 2001 pour adénomyose entraînant une gêne à la station debout prolongée. Pour le reste, l'état de santé de l'assurée était demeuré stationnaire.

5. Par courrier du 6 novembre 2001, l'OCAI a fait remarquer à l'assurée qu'il lui avait - à trois reprises - demandé de répondre à certaines questions quant à l'évolution de son état de santé et ses revenus, en vain. Il lui a imparti un ultime délai au 23

novembre 2001 pour y répondre, soulignant qu'à défaut, il rendrait une décision de non-entrée en matière.

6. Par décision du 30 novembre 2001, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif que cette dernière n'avait pas donné suite à ses demandes de renseignements. Il a précisé que si l'assurée attestait de sa volonté de participer activement à l'instruction, l'examen de son dossier serait repris, étant précisé que les prestations ne pourraient être accordées, le cas échéant, que pour les douze mois précédant le dépôt de la nouvelle demande.

7. Par courrier du 10 décembre 2001, l'assurée a protesté de sa bonne foi et expliqué qu'elle avait remis le questionnaire de l'OCAI à son médecin, qui lui avait assuré l'avoir rempli et envoyé à l'OCAI. Elle a indiqué qu'il arrivait parfois que son courrier soit distribué à une autre personne, homonyme, habitant dans le quartier.

8. Par courrier du 20 janvier 2002, l'assurée a encore indiqué que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle avait dû subir une intervention gynécologique en mars 2001.

9. Le 6 mai 2002, le Dr A_____ a indiqué que l'état de sa patiente s'était aggravé de sorte que l'état dépressif et anxieux avec troubles somatoformes entraînait à nouveau une incapacité de travail à 100%. S'y était ajouté depuis février 2002 un syndrome vertigineux lié à des douleurs de la nuque irradiant sur les ceintures scapulaires. Les radios de la colonne cervicale avaient montré une arthrose postérieure C5-C6, C6-C7, avec uncarthrose du niveau de C6. Selon le médecin, aucune amélioration n'était envisageable prochainement. Les troubles somatoformes liés à l'état dépressif ou anxieux faisaient l'objet d'un suivi médical avec psychothérapie de soutien.

10. Le Dr TABAN, a confirmé dans un rapport du 20 septembre 2002, qu'une hystérectomie et annexectomie bilatérale avaient en effet été pratiquées le 8 mars 2001.

11. Dans un rapport daté du 2 novembre 2002, le Dr A_____ a indiqué que l'état de sa patiente avait discrètement évolué, qu'il y avait une amélioration au niveau de l'état thymique, que l'état anxieux avec des manifestations somatoformes dans les sphères digestive et cardiaque persistait et que dans l'ensemble, l'état de santé était stationnaire. Il a confirmé la totale incapacité de travail.

12. Le 16 juin 2003, le Dr A_____ a fait état d'une péjoration de l'état thymique, qu'il espérait temporaire. La capacité de travail était nulle. Le médecin a estimé que la reprise du travail, même à temps partiel, n'était pas envisageable. Il a réservé son pronostic quant à une reprise du travail partielle.

13. Par courrier du 15 octobre 2003, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a soumis au Dr A_____ le résumé d'un entretien téléphonique du 14 octobre 2003. Le 5 novembre 2003, le Dr A_____ a informé le SMR qu'il se refusait à signer le résumé de cet entretien téléphonique car il n'était pas d'accord avec certains passages. Il a confirmé que l'assurée présentait un trouble dépressif depuis plusieurs années, marqué surtout par de l'anxiété qui, par son intensité, se rapprochait de la panique; il a souligné que la patiente ne refusait pas de prendre une médication appropriée mais qu'elle ne l'a supportait pas; le trouble dépressif était traité par du JARSIN à raison de 3 comprimés par jour, l'utilisation d'anti-dépresseurs classiques ayant abouti à des échecs en raison des effets secondaires; s'agissant d'éventuelles atteintes somatiques invalidantes, le Dr A_____ s'est référé à son rapport de mai 2002 où il faisait état de douleurs cervicales sur une arthrose postérieure C5-C6 et C6-C7 avec un carthrose au niveau de C6 et de douleurs irradiées de la ceinture scapulaire sur contracture musculaire. Il a ajouté que depuis l'été 2003, la patiente présentait aussi des douleurs de la ceinture pelvienne péritrochantérienne. Il a jugé sa capacité de travail dans l'activité de coiffeuse, de tenancière de café-restaurant ou encore d'employée de banque à 0% mais estimé qu'elle pourrait exercer à 25% une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter la station debout, le port de charges, le fait de se baisser et les horaires de travail irréguliers. En position assise, il a précisé que la patiente ne pouvait tenir que deux heures et demie par jour environ.

14. Le Dr B_____, du SMR, a rappelé que l'assurée avait été suivie entre 1996 et 1999 par le Dr D_____, psychiatre, pour troubles paniques et troubles dépressifs récurrents, qu'une hystérectomie et une annexectomie bilatérale pour adénomyose avaient été pratiquées en mars 2001 sans suite particulière, que des vertiges avec cervicalgies irradiant sur les ceintures scapulaires avec troubles dégénératifs C5-C6 et C6-C7 étaient apparus en février 2002, que l'assurée était suivie par son médecin traitant à raison d'une consultation de psychothérapie de soutien tous les 15 jours et était sous traitement anti-dépresseur. Le Dr B_____ a préconisé un examen rhumatologique et psychiatrique.

15. Un examen clinique disciplinaire a été pratiqué le 31 mars 2004 par les Drs E_____, psychiatre, et F_____, spécialisé dans la médecine physique et de rééducation. Les diagnostics suivants ont été posés : état de stress post-traumatique chronique, personnalité anankastique avec des traits abandonniques et histrioniques, fibromyalgie (11 points sur 12), lombalgies chroniques non spécifiques dans le cadre d'un trouble de la statique et de dysbalances musculaires, syndrome cervical discret dans le cadre d'un trouble de la statique et de lésions dégénératives mineures C5-C6-C7 et dysbalances musculaires, ébauche de polyarthrose des mains, status post- hystérectomie et annexectomie bilatérale pour fibrome en 2001. Les médecins ont indiqué que l'état de l'assurée s'était péjoré progressivement depuis 1978 avec apparition d'une symptomatologie anxio-dépressive suite à la naissance de son deuxième enfant,

qu'elle avait fait plusieurs rechutes dépressives en 1992 et surtout en 1997 suite à la maladie de son fils, victime d'un double pneumothorax spontané avec plusieurs rechutes et interventions chirurgicales, que d'après les informations anamnestiques données par l'assurée, elle aurait présenté une symptomatologie en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique avec une évolution chronique, qu'elle avait alors bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr D_____, psychiatre à Genève, qui avait introduit un traitement médicamenteux anti-dépresseur et anxiolytique pour troubles paniques et troubles dépressifs récurrents; ce médecin n'avait plus revu l'assurée depuis 1999. A l'examen clinique psychiatrique, l'assurée présentait encore des symptômes typiques d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique comprenant la réminiscence répétée de l'événement traumatique, des souvenirs envahissants (flash-back), des cauchemars répétitifs, une anesthésie psychique, un émoussement émotionnel, un détachement par rapport aux autres, une insensibilité à l'environnement et un évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. L'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la réminiscence du traumatisme pouvait déclencher une crise d'angoisse importante.

Dans le cas de l'assurée, les médecins ont indiqué que le trouble présentait une évolution chronique. Ils ont décrit l'assurée comme une femme très fragile psychiquement, rigide, avec une préoccupation pour les détails, un discours recherché, une attitude conformiste, une dramatisation et un théâtralisme, une affectivité superficielle et de bons moyens d'introspection. Ils ont estimé qu'elle souffrait d'un état de stress post-traumatique chronique, greffé sur un trouble de la personnalité anankastique avec des traits histrioniques et abandonniques qui expliquaient ses difficultés à assumer une vie socio-professionnelle normale. La pathologie psychiatrique chronique, le trouble de la personnalité, la perturbation de l'environnement psychosocial et les limitations fonctionnelles psychiatriques justifiaient, du point de vu médico-juridique, une incapacité de travail de 50%. En dépit d'une prise en charge psychiatrique dans les règles de l'art, l'état de l'assurée s'est chronicisé. Elle était figée dans son rôle de victime rigide et les médecins ont estimé que la capacité de travail n'était pas susceptible d'être améliorée. En conclusion, sur le plan psychiatrique, ils ont conclu à une capacité de travail exigible de 50% au maximum depuis 1999 et ont réservé leur pronostic. Ils ont également reconnu une incapacité de travail de 100% depuis le 13 octobre 1997.

Sur le plan physique, l'assurée est connue pour une scoliose depuis l'enfance, traitée par physiothérapie active. Suite à une chute avec contusion de la colonne dorsolombaire, qui aurait causé une fissure et motivé un arrêt de travail d'une année, les dorsalgies sont réapparues sans plus jamais disparaître complètement. Lors de l'intervention gynécologique en 2001, elles se sont accentuées et, en même temps, sont apparues des douleurs au niveau de l'épaule droite et de la hanche gauche. De plus, l'assurée présente des cervicalgies depuis 1995 ; elle a bien réagi dans un premier temps à la physiothérapie et chiropractie mais son état s'est

aggravé depuis un an et demi. Au moment de l'expertise, elle décrivait des douleurs permanentes se péjorant lors d'activités comme faire le ménage et culminant tous les deux jours en crise de douleurs insupportables dans tout le corps. La physiothérapie active était mal supportée. Le fitness avait été arrêté en raison des douleurs. Durant les dernières années, l'assurée avait aussi développé des problèmes fonctionnels aux niveaux gastro-intestinal et cardiaque. Les examens approfondis ont mis en évidence un diverticule du duodénum mais pas de pathologies au niveau cardiaque. En résumé, les médecins ont estimé que l'assurée présentait un état douloureux que l'on peut interpréter comme une fibromyalgie malgré le fait que tous les points ne soient pas positifs. Les troubles fonctionnels intestinaux et cardiologiques peuvent également être vus dans ce cadre ainsi que les troubles du sommeil et la fatigue. Le trouble de la statique combiné avec un faible corset musculaire pouvaient expliquer les douleurs mécaniques au niveau de la colonne dorsolombaire. L'épanchement du genou gauche et l'enflure des doigts n'avaient pas pu être objectivés lors de l'examen. On ne trouvait pas d'autres signes d'une éventuelle maladie inflammatoire. Vu l'inactivité prolongée et l'intolérance à l'effort, un certain déconditionnement s'était installé. Néanmoins, les médecins ont estimé que l'on pouvait exiger de la patiente qu'elle fasse un effort pour se reconditionner et, que sur le plan rhumatologique, une incapacité totale de travail n'était pas justifiée.

En résumé, les limitations fonctionnelles et psychiatriques sont : fatigabilité psychologique, tristesse chronique, angoisse de mort, émoussement affectif, rumination à l'humeur dépressive, reviviscence répétée de l'événement traumatique, flash-back, cauchemars.

Les limitations fonctionnelles somatiques sont : les positions en flexion-rotation du tronc, la position debout prolongée ainsi que tout travail répétitif s'exerçant au-delà de 90 degrés avec le bras droit et le port de charges supérieur à 10 kilos.

En définitive, concernant la capacité de travail exigible, les médecins ont estimé que sur le plan somatique, on pouvait admettre que la profession de coiffeuse était trop pénible - parce qu'elle s'effectue en position debout et les bras levés. L'activité de reflexologue était par contre exigible puisqu'elle pouvait s'exercer dans des positions différentes et ne nécessitait pas une grande force. Un travail de bureau était également exigible pour autant que l'assurée puisse de temps en temps se lever. Vu le déconditionnement léger et la grande fatigue, il faudrait, dans un premier temps, s'attendre à une diminution de rendement. Si, sur un plan strictement somatique, la capacité de travail était entière, elle devait être réduite à 50% pour des raisons psychiatriques. La capacité de travail globale exigible était donc de 50% et ce dès janvier 1999.

16. Le 17 juin 2005, il a été procédé à une enquête ménagère, qui a conclu à un degré d'invalidité global de 13,35 % dans le cadre des activités habituelles. Il a été retenu que l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait travaillé à 80%.

17. Par décision du 21 septembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré qu'en bonne santé, l'assurée exercerait une activité à 80%, qu'elle pourrait exercer son activité professionnelle habituelle à raison de 50% au lieu du 80% souhaité et ce depuis janvier 1999, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 37,5%, que les empêchements, concernant le ménage atteignaient 13,35% (13,35% de 20% = 2,67% d'incapacité pour le ménage), ce qui conduisait à un degré d'invalidité global de 32,67%. Constatant que ce degré d'invalidité était inférieur à 40% et n'ouvrait pas droit à une rente d'invalidité, l'OCAI a fait remarquer par ailleurs que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées pour l'instant puisque l'assurée pouvait exercer une activité de bureau, ce qu'elle avait déjà fait par le passé.

18. Par courrier du 21 octobre 2005, l'assurée a fait valoir qu'elle avait été manipulée par l'enquêtrice de l'OCAI, que seul un médecin était apte à juger de son état, que lors de sa visite au SMR, elle s'était entendu dire qu'"en tant que suissesse elle devrait avoir la fierté de refuser l'AI et supporter ses douleurs" et a demandé un réexamen de son dossier.

19. Par courrier du 31 octobre 2005, l'OCAI a demandé à l'assurée de lui indiquer si son courrier devait être considéré comme une opposition à sa décision et lui a imparti un délai au 16 novembre 2005 pour compléter sa motivation et lui faire part de ses conclusions.

20. Par courrier du 16 novembre 2005, l'assurée a confirmé que son courrier du 25 octobre 2005 devait être considéré comme une opposition. Elle a affirmé que ses problèmes dorsaux empiraient, que ses douleurs étaient permanentes et qu'elle était toujours sous anti-dépresseurs. Elle a par ailleurs demandé à l'OCAI de s'adresser directement à son médecin traitant, le Dr G_____.

21. Par courrier du 23 novembre 2005, l'OCAI a imparti un dernier délai à l'assurée au 10 décembre 2005 pour compléter la motivation et les conclusions de son opposition.

22. L'assurée a fait parvenir à l'OCAI un certificat médical du Dr G_____ daté du 5 décembre 2005 certifiant qu'elle souffrait de nucalgies, dorsalgies et lombalgies chroniques, de troubles digestifs fonctionnels ainsi que d'un état dépressif et que ces affections nécessitaient un suivi médical régulier.

23. Par décision sur opposition du 12 décembre 2005, l'OCAI a estimé qu'aucune pièce médicale pouvant éventuellement modifier sa décision n'avait été fournie et a par conséquent confirmé sa décision du 21 septembre 2005.

24. Par courrier du 9 janvier 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle invoque son état dépressif, ses problèmes digestifs et ses douleurs dorsales, explique que celles-ci s'aggravent, qu'il lui arrive souvent d'avoir la nuque et l'épaule droite bloquées avec des douleurs irradiant dans le bras et dans le bas du dos ainsi que dans la hanche et la jambe gauches. Ces douleurs l'empêchent de dormir et engendrent une grande fatigabilité. S'y ajoutent des vertiges et maux de tête. Elle a demandé à ce que ses médecins traitants soient entendus.

25. Par courrier du 20 janvier 2006, la recourante a ajouté qu'elle avait affirmé à l'enquêtrice de l'OCAI qu'elle aurait travaillé à 100% si elle était en bonne santé mais que celle-ci lui avait suggéré que, puisqu'elle n'avait plus d'enfant à charge, elle pourrait travailler à 80 ou 90%. Elle lui a demandé si ce taux d'activité ne suffirait pas pour s'occuper de sa petite fille et couvrir ses besoins financiers. La recourante fait valoir que l'enquêtrice l'a trompée et manipulée en lui affirmant que cette conversation resterait entre elles.

26. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 20 mars 2006, a conclu au rejet du recours. Il se réfère à l'examen clinique bidisciplinaire effectué le 31 mars 2004 au SMR dont la recourante ne conteste du reste nullement la valeur probante. Quant au status mixte reconnu à l'assurée, il fait valoir qu'il n'est pas critiquable dès lors que ce status a été déterminé aux termes d'une enquête au domicile de l'assurée sur la base de ses propres déclarations et des pièces figurant au dossier. Par ailleurs, il a relevé que l'assurée ne critiquait pas les empêchements retenus dans l'enquête ménagère si bien qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur le degré d'invalidité retenu dans cette sphère. L'OCAI a encore souligné que l'assurée travaillait depuis des années comme démonstratrice à un taux variable expliqué par la nature de l'activité exercée, en progression depuis 2004, et constituant un taux supérieur à celui médicalement reconnu par le SMR, ce qui apparaissait tout à fait discordant avec le discours tenu par l'assurée.

27. Dans sa réplique du 20 avril 2006, la recourante a persisté dans ses conclusions.

28. Une audience s'est tenue en date du 1er juin 2006.

    Entendue à titre de témoin, la Dresse G_____ a indiqué qu'elle était le médecin traitant de l'assurée depuis octobre 2003, date à laquelle elle avait repris le cabinet de son prédécesseur. Le problème principal de sa patiente sont ses angoisses. S'y ajoutent néanmoins des problèmes physiques puisqu'elle souffre de lombalgies et que ses disques sont abîmés. Concrètement, cela entraîne les limitations suivantes : pas de position debout prolongée, pas de port de charges, pas de position assise prolongée (pas plus de 3 heures par jour environ). Le témoin a jugé que le SMR, en concluant à une capacité de travail exigible de 50%, avait été optimiste. Selon la Dresse G_____, une activité d'employée de bureau à 50% parait compatible avec les limitations physiques mais lui semble en revanche

exagérée par rapport aux limitations psychiques de sa patiente, à qui la moindre situation stressante fait perdre ses moyens.

29. Entendue en comparution personnelle, la recourante a réaffirmé avoir spontanément déclaré, lors de l'enquête ménagère, que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps et que c'était l'enquêtrice qui lui avait suggéré que, compte tenu du fait qu'elle vivait seule et ne partait pas en vacances, une activité à 80% pourrait lui suffire.

    Il est apparu lors de cette audience que la recourante a toujours travaillé à plein temps, excepté quelques années lorsque ses enfants étaient très jeunes.

    Compte tenu des explications données, l'intimé a admis qu'il y avait dû y avoir malentendu entre l'enquêtrice et la recourante et que cette dernière aurait selon toute vraisemblance, sans atteinte à la santé, travaillé à plein temps.

    La recourante, à laquelle il a été expliqué que cela conduirait à l'octroi d'une demi-rente, a tenu à ce que sa situation soit malgré tout examinée par le tribunal, faisant remarquer qu'il était difficile d'attendre d'elle qu'elle retrouve un poste adapté à 50 % à son âge et compte tenu de ses douleurs. Enfin, quant à l'examen pratiqué par le SMR, elle s'est étonnée que les médecins n'aient pas voulu consulter les radios qu'elle avait amenées et a répété avoir été choquée de la réflexion que lui avait faite la psychologue, selon laquelle, en tant que suissesse, elle "devrait avoir la fierté de dépasser ses douleurs et de refuser la demande de prestations faite par le Dr A_____.".

30. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

    Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique des contestations prévues par l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 12 décembre 2005 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

5. a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

   b) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

   Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

   Dans un arrêt récent (ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, prévu pour la publication dans le Recueil officiel), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il

n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret.

Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50).

Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in : Praxis 94/2005, p. 2007 ss.). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3).

c) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb et cc).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

6. En l'occurrence, se trouvent au dossier une expertise bidisciplinaire effectuée par les médecins du SMR et les attestations du médecin-traitant, généraliste.

Il convient tout d'abord de constater que l'expertise remplit les exigences posées par la jurisprudence pour lui reconnaître pleine valeur probante. Les experts concluent à la présence d'une fibromyalgie et ont tenu compte des troubles psychiques évoqués par le médecin traitant. Ils ont même indiqué que c'étaient ces troubles qui justifiaient une réduction de la capacité de travail à 50%. En répondant aux questions posées, les experts ont de manière claire et sans ambiguïté reconnu une capacité de travail de 50% à l'assurée. Ils ont précisé les limitations qui étaient les siennes, à savoir éviter le port de charge, les stations debout ou assise prolongées. Sur ce point non plus, leurs conclusions ne divergent pas de celles du médecin traitant. Ce dernier a simplement émis une autre appréciation quant à l'influence des limitations énoncées sur la capacité de travail de sa patiente, estimant qu'il était

"exagéré" de considérer qu'elle pourrait travailler à plein temps, mais sans se pouvoir se prononcer plus précisément sur ce point.

Il en ressort que les conclusions des médecins du SMR ne peuvent être écartées et seront suivies par le Tribunal de céans. En effet, les déclarations de la Dresse G_____, médecin traitant non spécialiste, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions motivées des experts.

Bien qu'en l'occurrence, il existe une comorbidité psychiatrique, celle-ci ne revêt pas une acuité suffisante pour admettre un caractère totalement invalidant. Les experts ont en effet estimé qu'en dépit des troubles psychologiques, il demeurait une capacité de travail exigible de 50%. Quant aux affections somatiques, les experts n'ont pas jugé qu'ils justifiaient une réduction de la capacité de travail.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, et en dépit du caractère chronique des douleurs de l'assurée, on doit nier - d'un point de vue juridique - le caractère invalidant de sa fibromyalgie à plus de 50%.

7. Cela étant, et compte tenu du fait que l'intimé a admis que l'assurée, sans son atteinte à la santé, aurait continué à exercer la profession qui était auparavant la sienne, le degré d'invalidité se confond en l'espèce avec le taux de capacité de travail et il convient d'admettre partiellement le recours en ce sens que la recourante se voit ouvrir droit à une rente entière à compter du 12 avril 1998 et d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1er janvier 1999. En effet, les experts du SMR ont admis qu'il y avait eu totale incapacité de travail à compter du 13 octobre 1997, puis à 50% dès 1999.

   Quant à la décision rendue par l'OCAI en date du 30 novembre 2001, il convient de considérer que ce dernier l'a implicitement annulée en acceptant de reprendre l'instruction à laquelle il avait mis un terme. Ainsi, la décision du 21 septembre 2005 a bien été initiée par la demande du 12 avril 1999, le courrier de l'assurée du 10 décembre 2001 ne constituant pas une "nouvelle demande".

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.

3. Dit que Madame C_____ a droit à une rente entière à compter du 12 avril 1998 et à une demi-rente à compter du 1er janvier 1999.

4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Greffière	Présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le